

胃肠息肉摘除术后低血糖反应发生的原因及护理干预对策

孙 凌, 米 琰, 李小妹

作者单位: 710061 陕西, 西安交通大学医学部护理学系(孙 凌, 李小妹); 710002 陕西, 西安市第一医院神经外科(米 琰)

作者简介: 孙 凌(1986-), 女, 在读硕士研究生, 主管护师, 研究方向: 内科护理。E-mail: 330304817@qq.com

通讯作者: 李小妹(1962-), 女, 博士, 教授, 研究方向: 外科护理、护理教育及社区护理。E-mail: roselee@mail.xjtu.edu.cn

[摘要] **目的** 探讨胃肠息肉摘除术后患者发生低血糖反应的原因及护理干预措施。**方法** 收集该院消化内科 2018-06~2018-08 收治的 300 例胃肠息肉摘除手术患者的临床资料, 根据术后有无低血糖反应分成低血糖组(43 例)和非低血糖组(257 例), 记录两组的围手术期指标, 统计分析低血糖反应发生的原因, 总结护理干预体会。**结果** 高龄、术前禁食时间长、有糖尿病病史、术前和术后补液不合理、术前情绪抑郁焦虑、术前睡眠不足都是胃肠息肉摘除术后患者发生低血糖反应的原因($P < 0.05$)。性别对术后低血糖反应发生影响不大($P > 0.05$)。**结论** 胃肠息肉摘除术后患者发生低血糖反应的原因众多, 临床护理工作应加强术前的健康宣教、心理护理、禁食管理、术前术后补液管理等措施, 使患者以最佳身体和心理状态接受手术治疗, 减少术后低血糖反应发生, 促进术后康复。

[关键词] 胃肠息肉摘除术; 术后低血糖; 原因; 护理干预

[中图分类号] R 473.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)02-0218-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.02.28

消化内科许多胃肠息肉手术患者需进行术前肠道准备, 因进食量少, 加上术后长时间禁食, 极易引起术后低血糖反应^[1], 表现为心慌、手冷、冒冷汗、烦躁、头晕、四肢冰凉、无力等。我们对 300 例胃肠息肉摘除手术患者术后低血糖反应发生的原因进行了调查分析, 并探讨其护理干预措施, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院消化内科 2018-06~2018-08 收治的胃肠息肉摘除手术患者 300 例, 依据术后是否发生低血糖反应分为低血糖组(43 例)和非低血糖组(257 例)。

1.2 方法 设计 EXCEL 表格记录整理两组患者的性别、年龄、手术类型、术前禁食时间、病史、补液(术前术后补液根据“目标导向性液体治疗标准”评估是否合理^[2])。术前应用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评估患者是否伴有焦虑抑郁情绪^[3]。HAMD 共有 24 个项目, 采用 0~4 分的 5 级评分法, 总分 ≥ 35 分为可能严重抑郁, 20分 \leq 总分 < 35 分为可能轻度或中度抑郁, 总分 < 8 分为无抑郁。HAMA 包括 14 个项目, 采用 0~4 分的 5 级

评分法, 总分 ≥ 29 分为可能有严重焦虑, 21分 \leq 总分 < 29 分为肯定有明显焦虑, 14分 \leq 总分 < 21 分为肯定有焦虑, 7分 \leq 总分 < 14 分为可能有焦虑, 总分 < 7 分为没有焦虑。应用匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)评估患者是否伴有失眠症状^[4]。PSQI 共有 9 道题, 其中 1~4 题为填空题, 5~9 题为选择题, 第 5 题包含 10 道小题, 总分范围为 0~21 分, 分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物和日间功能障碍 7 个方面, 得分越高表明睡眠质量越低, 以 7 分为分界点。

1.3 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计学软件进行数据处理, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

高龄、术前禁食时间长、有糖尿病病史、术前和术后补液不合理、术前情绪抑郁焦虑、术前睡眠不足等指标都是影响术后低血糖反应发生的因素($P < 0.05$), 而性别对术后低血糖反应发生无明显影响($P > 0.05$)。见表 1。

表1 两组患者各项指标比较[n(%)]

组别	例数	性别		年龄		术前禁食时间		糖尿病病史	
		男	女	<60岁	≥60岁	6~12h	4~6h	有	无
低血糖组	43	10(23.26)	33(76.74)	28(65.12)	15(34.88)	26(60.47)	17(39.53)	19(44.19)	24(55.81)
非低血糖组	257	65(25.29)	192(74.71)	113(43.97)	144(56.03)	82(31.91)	175(68.09)	70(27.24)	187(72.76)
χ^2	-	0.081		6.613		13.040		5.071	
<i>P</i>	-	0.775		0.010		0.000		0.024	

组别	例数	术前补液		患者术前情绪		术后补液		术前睡眠质量	
		合理	不合理	抑郁焦虑	无抑郁焦虑	合理	不合理	睡眠充足	睡眠不足
低血糖组	43	21(48.84)	22(51.16)	28(65.12)	15(34.88)	20(46.51)	23(53.49)	18(41.86)	25(58.14)
非低血糖组	257	172(66.93)	85(33.07)	115(44.75)	142(55.25)	77(29.96)	180(70.04)	69(26.85)	188(73.15)
χ^2	-	5.253		6.127		4.612		4.032	
<i>P</i>	-	0.022		0.013		0.032		0.045	

3 讨论

随着内镜技术的发展,在内镜下行胃肠息肉摘除术越来越普遍,该术具有患者痛苦少、创伤小、利于术后康复等优点。但是受到患者身体状况、病情、手术等因素的影响,术后易并发低血糖反应,影响术后康复。低血糖反应多出现在夜间停止输液后,患者较为疲倦,机体细胞调节功能低下,加上处于睡眠状态,偶有低血糖反应难以发现,而夜间的低血糖反应又容易加重基础病,甚至诱发急性心脏病,危及患者生命。因此,加强对低血糖的预防护理和监测显得尤为重要。陈芸等^[5]提出,禁食时间过长、能量输注不足、医护人员评估不到位、输入易诱发低血糖的抗生素、术后未规范血糖监测和心理因素等都是影响术后低血糖反应发生的危险因素。本研究还研究了医护人员评估、抗生素、血糖监测等对术后低血糖反应的影响,要求临床医护人员应合理安排手术顺序,合理控制术前禁食时间;术前加强对患者的评估,合理补液;重视健康宣教的作用,对患者开展系统性的健康宣教,指导患者自我关注低血糖;合理选用抗生素,预防低血糖的发生。本研究结果显示,高龄、术前禁食时间长、有糖尿病病史、术前和术后补液不合理、术前情绪抑郁焦虑、术前睡眠不足都是引起术后低血糖反应发生的原因($P < 0.05$)。为预防术后低血糖反应,促进患者术后早日康复出院,笔者认为应加强对手术患者的围术期护理管理,可从以下几个方面着手。

3.1 强化健康宣教 详细给患者讲解术后低血糖发生的机制、原因、症状、危害等知识,使患者积极配合医护人员,遵医嘱做好相关自我护理管理。例如,针对肠道准备问题,术前1d晚餐给予无渣流食,护理人员应详细给患者说明进食的重要性,叮嘱患者不能自行提早禁食,消除患者担心肠道准备不干净心理。术日遵医嘱给患者补液,以免能量供应不足

引起低血糖反应。

3.2 科学安排补液 术前补液中保证50g葡萄糖摄入,避免糖分补充不足。术后禁食期的补液应补足需要量,多数患者术后需禁食24h以上,应遵医嘱按基础需求量补液。若患者合并糖尿病或糖耐量异常,则补糖时应视血糖调整胰岛素剂量。合理控制补液速度,尤其是输注高浓度葡萄糖溶液时,避免过快静滴,以免发生血糖波动过大的情况。

3.3 重视心理护理 情绪抑郁焦虑等易导致胰岛素分泌过多或血糖调节功能失调,引起术后低血糖反应^[6]。对此,术前责任护士应观察患者的情绪变化,重视患者的健康宣教、认知行为干预和心理疏导,尤其对负面情绪较重的患者,护理人员可通过全身放松训练、呼吸训练、情感支持、同伴支持等方式帮助患者调节情绪,使患者以平和乐观的情绪接受手术治疗,避免心理生理应激反应发生。

3.4 加强血糖监测 将常规血糖监测和随机监测相结合,尤其对血糖波动大、合并糖尿病的患者,应做好记录,标注说明,为主治医师提供可靠信息,及早发现低血糖。例如,术后24h内和夜间是低血糖反应发生的高危时间段,可适当增加夜间血糖监测频率,当发现睡前血糖不足5.9mmol/L时,说明夜间低血糖反应发生风险较高,需加强床边巡视和重点观察,并遵医嘱给予相应处理,预防低血糖反应发生。

3.5 重视睡眠护理 给患者营造舒适的睡眠环境,保持夜间睡眠的安静、舒适,夜间查房、护理操作等须轻柔。睡前指导患者用热水泡脚、中医穴位肌肉按摩等,以促进睡眠。必要时遵医嘱给患者使用安定类催眠药物,保证其良好的睡眠质量。

3.6 缩短禁食时间 遵循快速康复外科护理理念,缩短术前禁食时间,可在手术前4~6h开始进行肠道准备,缩短术时空腹时间。预防术中术后低血糖反应,促进术后胃肠功能恢复。

参考文献

1 张向荣,潘胜华,高雅萍,等. 痔科术后晕厥原因分析及护理干预[J]. 护理与康复,2015,14(3):256-257.

2 陈文婷,沈辛酉,施雁. 围手术期补液量的现状及补液实施策略的研究进展[J]. 护理学杂志,2014,29(20):95-97.

3 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001:86-88.

4 路桃影. 匹兹堡睡眠量表的测量特性及其最小重要差值的研究

[D]. 广州:广州中医药大学,2012.

5 陈芸,沈月秀,宋佳薇. 31例老年患者胃肠息肉摘除术后并发低血糖原因分析及护理[J]. 浙江医学,2015,37(6):527-529.

6 葛慧,黎晓琴,焦威,等. 内镜下结肠息肉高频电切除术后发生低血糖反应的相关因素及护理干预[J]. 中国医药导报,2012,9(35):154-156.

[收稿日期 2018-09-31][本文编辑 刘京虹 潘洪平]

护理研讨

住院患者泌尿道院内感染影响因素分析

袁媛, 王玉沐

作者单位: 213200 江苏,常州市金坛区人民医院感染管理科

作者简介: 袁媛(1982-),女,大学本科,护理学士,主管护师,研究方向:院内感染控制。E-mail:785668152@qq.com

通讯作者: 王玉沐(1993-),女,医学硕士,住院医师,研究方向:流行病学与卫生统计。E-mail:13852034857@163.com

[摘要] **目的** 分析某三级医院某病区近两年住院患者泌尿道院内感染影响因素,探讨预防控制泌尿道院内感染的有效措施。**方法** 选择2016-01-01~2017-12-31发生泌尿道院内感染的某病区住院患者143例作为感染组,并选择同期未发生泌尿道院内感染的患者143例作为对照组,分析发生感染的影响因素。**结果** 感染组患者中男95例(66.4%),平均年龄(64.2±15.7)岁,住院总天数为(34.0±31.7)d,其中住院41d及以上的患者28例(19.6%),112例患者使用导尿管,93例使用抗菌药物天数在11d以上。**多因素 Logistic 回归分析**结果显示,使用抗菌药物($OR = 14.967, P = 0.000$)、住院天数21~40d($OR = 6.525, P = 0.000$)、住院天数41d及以上($OR = 22.496, P = 0.000$)、使用导尿管天数($OR = 2.899, P = 0.002$)是泌尿道院内感染的独立危险因素。**结论** 泌尿道院内感染受多方面因素影响,与医院卫生消毒工作、医务人员的无菌操作意识、抗菌药物的合理使用以及置管时间等因素有关。

[关键词] 泌尿道; 医院内感染; 影响因素

[中图分类号] R 691.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2019)02-0220-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2019.02.29

泌尿道感染即尿路感染是指各种病原微生物在尿路中生长、繁殖而引起的尿路感染性疾病^[1]。为了科学地预防控制泌尿道医院感染,本研究以某医院近两年泌尿道院内感染患者为研究对象,对泌尿道院内感染的危险因素进行了分析,并有针对性地提出了相关预防措施。

1 对象与方法

1.1 研究对象 以2016-01-01~2017-12-31期间入住某三级医院某病区48h以上,发生泌尿道院内感染的患者143例为研究对象,感染者的基础疾病包括糖尿病、高血压等。按照1:1配比原则,选取同期入院同一病区但未发生泌尿道院内感染的患者143例为对照组。共计患者286例。纳入标准:(1)参

照卫生部2001年颁布的《医院感染诊断标准》^[2],患者出现尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状,或有下腹触痛、肾区叩痛,伴或不伴发热,并有以下情况之一,诊断为泌尿道感染:①尿检白细胞男性≥5个/高倍视野,女性≥10个/高倍视野;②临床医师诊断为泌尿道感染或抗菌治疗有效而认定的泌尿道感染。(2)院内感染(hospital infection)是指住院患者在医院内获得的感染,包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染,但不包括入院前已经开始或入院时已经存在的感染。排除标准:(1)入院时已经存在的泌尿道感染;(2)入院前已开始,入院48h内发生的泌尿道感染。

1.2 研究方法 采用1:1配比病例对照研究方法